Lane Medical Library 1869

Einiges über den Vorfall der weiblichen Genitalien.

Inaugural-Dissertation

welche mit Genehmigung

der

medicinischen Facultät hiesiger Universität

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

Sonnabend, 31. Juli 1869, Mittags 12 Uhr

in der Aula Leopoldina

gegen die Opponenten

F. Kasliński, cand. med. und M. Kube, Dr. med.

öffentlich vertheidigen wird

Matthias v. Gąsiorowski

aus Posen.

Breslau.

F. W. Jungfer's Buchdruckerei.

1869.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Medizinal-Rath

Professor Dr. O. Spiegelberg,

Director der gynaekologisch-geburtshilflichen Klinik an der Universität Breslau

und

Dem hochverehrten Herrn

Joseph von Łukaszewicz

auf Targoszyce

als geringes Zeichen der Hochachtung und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

La précision du diagnostic et l'opportunité du traitement sont les seuls garants de succès dans la pratique. **A. Courty.**

Eine der hartnäckigsten Frauenkrankheiten, welche dem behandelnden Arzte die grösste Mühe und den leidenden Patientinnen das Leben unerträglich macht, ist unstreitig der Vorfall der Genitalien. Diese Krankheit ist schon von den ältesten Aerzten beobachtet worden. So finden wir in den Hippokratischen Schriften an verschiedenen Stellen die Worte: »si uteri processerint«. Paulus von Aegina und Actuarius handeln über diese Krankheit, und Aëtius vergleicht die vor den äusseren Geschlechtstheilen liegende Geschwulst mit einem Straussenei. Andere Aerzte dagegen leugneten das Vorkommen dieser Krankheit; so sagt z. B. Barbette: »Uteri procidentias non esse veras, sed aut flatulentum, vel aliud quid sarcomati simile«; Kerkringius: »parcant metui illi viri, parcant et feminae ab illis persuasae, quod uterus aliquando excidat, periculo etenim omni, ne uterus excidat, posthac omnes liberamus: nemo vidit, nemo sensit decepti omnes imagine falsa alios decipiunt: laxitas quaedam colli, quae extra pudendum, prominet, haec nobis fecit ludibria.« Auch die naiven Ansichten über die Entstehung dieses Uebels und die höchst interessante Behandlung desselben müssen wir mit einigen Worten erwähnen. So nennt Ballonius den Vorfall seminis appetitio, und Aristoteles äussert seine Meinung über denselben in folgenden Worten: »uterinae procidentiae causam venereum appetitum excedentem esse; eamque curari posse non nisi gravitatione.« Die abenteuerlichsten Mittel wurden von Hippokrates, Paulus von Aegina, Aëtius,

Alberti Bottoni in Anwendung gezogen, besonders die Räucherungen spielten dabei eine grosse Rolle. Die wohlriechenden gab man zum Einathmen, damit durch tiefe Inspiration die Gebärmutter in die Höhe gezogen würde, während die übelriechenden, wie der angebrannte Pferdemist, Kuhmist, Aalhaut u. s. w. an den Vorfall geleitet wurden, um die Gebärmutter in das Becken zurückzutreiben. Nach Rodericus a Castro soll man mit einem rothglühenden Eisen auf die vorgefallene Gebärmutter losgehen, als wollte man sie damit brennen, worauf sie sich, wiewohl unwillkührlich, in die Scheide zurückziehen soll. Wir wollen auch nicht unerwähnt lassen, dass Zacutus Lusitanus ohne Wissen der Kranken an ihre Schenkel Mäuse, Andere wiederum Eidechsen gebunden haben, welche plötzlich über die Geschwulst und den Unterleib laufen sollten, um einen heilenden Schrecken zu erzeugen. Dass aber auch die operative Behandlung dieses Uebels den ältesten Aerzten bekannt gewesen ist, erfahren wir aus der Litteratur. So spricht z. B. Paulus von Aegina: »quod si pars prolapsa diuturnitate temporis putruerit amputetur«; Sennert wiederum: »si uterus gangraena concipiatur nec ea sisti posset, sed in sphacelum abeat, totus uterus abscidendus est.« Dass aber auch hier grobe Fehler in der Diagnose begangen worden sind, ergibt sich daraus, dass Wierus, Zacutus Lusitanus, Plater und Andere Fälle haben beobachten wollen, dass Frauen, denen die Gebärmutter exstirpirt wurde, noch Kinder zur Welt gebracht haben.

Bevor wir nun die Entstehung der pathologischen Lage, welche die Gebärmutter bei ihrem Vorfall einnimmt, besprechen, wollen wir zuerst ihre normale Lage betrachten. Die Gebärmutter liegt in der Beckenhöhle zwischen der Harnblase und dem Mastdarm. Ihre Längsaxe steht nahezu senkrecht zur Conjugata vera, mit geringer Abweichung nach rechts. Ihr Grund ist nach oben und vorne, ihr Hals nach unten und hinten gerichtet. Der Grund der Gebärmutter liegt nach Hyrtl in der Ebene der oberen Beckenapertur, nach Henke reicht er noch nicht bis zur Ebene des Beckeneinganges. Georges Herrgott dagegen sagt darüber Folgendes in seinen Considérations sur la situation normale de l'utérus à l'état de vacuité et la

direction du canal vaginal: »le fond de l'utérus est ordinairement à trois centimètres au-dessous du plan du détroit supérieur; le col est à la hauteur des deux dernières pièces du sacrum, à une petite distance en avant d'elles.« In dieser Lage nun wird die Gebärmutter folgendermaassen befestigt: Das Bauchfell, welches über der Symphysis ossium pubis die Bauchmuskeln verlässt, schlägt sich über die Harnblase um und beugt sich auf den Grund der Gebärmutter über und überzieht sie an ihrer vorderen Fläche bis zur Hälfte. Durch dieses Umbeugen entsteht die Excavatio vesico-uterina; zu beiden Seiten davon wird das Bauchfell etwas stärker und bildet die Ligamenta vesico-uterina. Von dem Gebärmuttergrunde biegt sich das Bauchfell auf die hintere Fläche, überzieht dieselbe vollständig und geht auf den Mastdarm über. Dadurch entsteht die tiefere Excavatio recto-uterina, welche seitlich von zwei halbmondförmigen Falten, Plicae semilunares Douglasii, begrenzt wird. Sowohl die Ligamenta vesico-uterina, als auch die Plicae semilunares Douglasii tragen nebst den breiten und runden Mutterbändern zur Sicherung der Lage der Gebärmutter bei. Der vordere untere von dem Bauchfell nicht überzogene Theil der Gebärmutter ist durch ein festes Bindegewebe mit der hinteren Wand der Harnblase, und da die vordere Blasenwand fest mit der hinteren Fläche der Symphysis ossium pubis zusammenhängt, mittelbar mit dieser verbunden. Die hintere Fläche der Gebärmutter dagegen hängt nur durch lockeres Bindegewebe mit der vorderen Mastdarmwand zusammen. Auch die Scheide, wiewohl nur in dem jungfräulichen Zustande, ist als eine wesentliche Stütze der Gebärmutter zu betrachten. Doch der natürliche Träger der Gebärmutter sind die Weichgebilde, welche den Beckenboden ausfüllen; also das Mittelfleisch, welches hauptsächlich durch die Fascia pelvis seine wesentliche Stütze erhält. Diese Ausfüllungsschicht ist zwar von den Ausführungskanälen der Beckenorgane, von der Scheide, der Harnröhre und dem Mastdarm durchschnitten; doch diese füllen die Durchtrittslücken so vollständig aus, dass so lange sie nicht ausgedehnt werden, der Beckenboden vollkommen geschlossen erscheint. Von allen diesen genannten Theilen wird die Gebärmutter so in ihrer Lage erhalten, dass sie beim Drucke von

oben mit dem elastischen Beckenboden etwas nach abwärts sinkt, und da ihre Längsaxe von oben und vorne nach unten und hinten verläuft, so wird sie nicht gegen die Schamspalte, sondern gegen den untersten Theil des Kreuzbeins getrieben. Alle diese Verbindungen gestatten der Gebärmutter eine leichte Beweglichkeit. Sie sinkt tiefer bei jeder Inspiration und hebt sich wieder bei der Exspiration. Auch während der Katamenialperiode steigt die Gebärmutter, durch die Blutüberfüllung schwerer geworden, tiefer in die Beckenhöhle herab. Dieses Vermögen der Gebärmutter, ihre Lage zu verändern, ist sogar eine physiologische Nothwendigkeit zur Verhinderung der Beschwerden bei allzugrosser Anhäufung der Harnblase und des Mastdarmes, und ohne diese leichte Beweglichkeit wäre es auch unmöglich, dass dieses Organ nach der Conception seine Lage so verändern könnte, wie es die zur Beherbergung des Foetus nothwendige Grösse verlangt. Doch diese leichte Beweglichkeit kann auch einen pathologischen Charakter annehmen und zu einer abnormen Lage und Stellung der Gebärmutter Veranlassung geben. Wenn nämlich die den Beckenboden bildenden Weichgebilde erschlaffen, der Beckenboden sich vertieft, die Schamspalte, wie es nach der Entbindung zu geschehen pflegt, sich sehr erweitert, und die Beckenorgane durch Druck der darüber liegenden Theile tiefer herabgepresst werden, so muss auch die Gebärmutter mit der Scheide einen tieferen Stand einnehmen, wobei der Verlauf der Uterusaxe durch die nach vorne laufende Krümmung der unteren hinteren Beckenwand geändert wird, indem er nicht mehr, wie in der normalen Lage die Richtung nach dem untersten Theil des Kreuzbeins, sondern nach der Schamspalte annehmen muss. Die auf diese Weise herabgedrängten Beckenorgane können nun durch die mehr oder weniger erweiterte Schamspalte hervortreten, und nach dem Grade des Herabgesunkenseins der Gebärmutter traf man die Eintheilung in die Senkung, den unvollständigen und den vollständigen Vorfall der Gebärmutter.

1. Die Senkung der Gebärmutter ist diejenige Lageveränderung derselben, bei welcher sie in seiner Gesammtheit eine tiefere Lage, als gewöhnlich einnimmt.

2. Der unvollständige Vorfall der Gebärmutter ist diejenige

Lageveränderung derselben, bei welcher die Vaginalportion, oder ein Theil des unteren Gebärmutterabschnittes mit der ihn auskleidenden Scheide vor den äusseren Geschlechtstheilen liegt.

3. Der vollständige Vorfall der Gebärmutter ist diejenige Lageveränderung derselben, bei welcher der ganze Uteruskörper mit der ihn auskleidenden Scheide vor den äusseren Geschlechtstheilen liegt. Manche Autoren leugnen diesen Grad des Vorfalles. So sagt z. B. Paulus von Aegina: »Nonnulli vero universum uterum procidere affirmant, quod sane videtur absurdum.« Nach Franque wird höchst selten und nach Franz A. Kiwisch niemals die ganze Gebärmutter vor den äusseren Geschlechtstheilen gefunden. Doch Herr Medizinalrath Spiegelberg hat öfters und mit ihm auch ich einmal in der Breslauer Klinik den vollständigen Vorfall beobachtet. Wir fühlten dabei sehr deutlich das Pulsiren der Arteriae spermaticae internae und hatten den oberen Rand des Fundus deutlich vor der Vulva.

Es wird von vielen Autoren der Vorfall in den Vorfall der Scheide und in den der Gebärmutter eingetheilt, als wären es zwei besondere Krankheiten. Dies ist nicht richtig; denn der Vorfall der Gebärmutter ist gewöhnlich nur Folge von dem Vorfall der Scheide. Die Gebärmutter wird von der vorgefallenen Scheide nach unten gezerrt und fällt selbst vor. Der Vorfall der Scheide ist also in der Regel primär und der der Gebärmutter secundär. Es kann zwar der Vorfall der Scheide allein vorhanden sein, besonders der Vorfall der hinteren Scheidenwand, doch der Vorfall der Gebärmutter ist sogar in den Fällen, wo er primär vorkommt, in der Regel mit der Invaginatio vaginae verbunden. Sollte aber bei einem scheinbaren Vorfall der Gebärmutter keine Invaginatio vaginae vorhanden sein, so ist auch kein Vorfall der Gebärmutter vorhanden, und wir haben es nur mit einer Elongation des Collum uteri zu thun. Virchow bezeichnet diese Fälle als Vorfall der Gebärmutter ohne Senkung des Grundes derselben, bemerkt aber gleich dabei, dass es genau genommen kein Vorfall sei.

Zu den wichtigsten aetiologischen Momenten bei dem primären Vorfall der Scheide gehört das Puerperium; denn hier sind alle Ursachen vereint, die die Entstehung desselben be-

günstigen. Die hypertrophirte Scheide wird durch die Falten- und Wulstbildung breiter und durch die Schwangerschaft wird sie an dem umgebenden Bindegewebe und an ihren Befestigungen mit den Beckenwänden gelockert. In der Geburt nun wird der grösste Druck auf die vordere Scheidenwand ausgeübt; sie wird von dem andringenden Kindstheile vorgeschoben, so dass es zur Wulstbildung und zum Vorfall derselben kommt. Die vorgefallene vordere Scheidenwand zerrt nun die Gebärmutter nach unten, welche wiederum die hintere Scheidenwand mit sich zieht. Ein bei der Geburt entstandener Dammriss, oder eine Laesion des Dammes mit einer starken Dehnung desselben begünstigt besonders die Entstehung des Vorfalles der hinteren Scheidenwand; denn dadurch fällt der Boden und die Stütze für dieselbe hinweg. Der primäre Vorfall der hinteren Scheidenwand dagegen hat selten den secundären Vorfall der Gebärmutter zur Folge.

Auch begünstigt das Wochenbett sehr das Entstehen des primären Vorfalles der Gebärmutter, und man könnte sogar behaupten, dass es in den meisten Fällen die einzige und alleinige Ursache von diesem Uebel sei. Die in der Schwangerschaft verlängerten Bänder und die peritonealen Verbindungen der Gebärmutter sind erschlafft, die Scheide hat durch die Ausdehnung in der Geburt ihren Tonus verloren, vermöge dessen sie die Gebärmutter hätte unterstützen können; es kommt noch hinzu die Senkung und Relaxation der den Beckenboden ausfüllenden Weichgebilde, besonders der Beckenfascien. So sind alle praedisponirenden Ursachen zum Vorfall gegeben, und irgend eine auf den Uterus in dieser Zeit wirkende Schädlichkeit, eine kräftige Contraction der Bauchpresse, ein langwieriger Husten, eine habituelle Stuhlverstopfung und mit kräftigem Drängen bewerkstelligte Stuhlentleerung kann den Vorfall bewirken. Auch das unvorsichtige Ziehen an der Nabelschnur bei gelöster, oder eingeschnürter Placenta, oder das gewaltsame Auspressen derselben, und die zu stark um den Unterleib gleich nach der Geburt angezogenen Binden, welche zwar die erschlafften Bauchdecken bei der Exspiration stützen, aber einen Druck auf den Uterus bewirken, und, indem sie dem Hängebauch vorbeugen, die zierliche Taille der Frauen

erhalten, sind doch im Stande, bei dieser Auflockerung der Beckenweichgebilde die Gebärmutter zu einer beträchtlichen Tiefe herabzudrängen. Das Aufstehen, Herumgehen und Arbeiten in den ersten Tagen nach der Entbindung, das Heben und Tragen von schweren Lasten auf dem Rücken, wobei die Bauchpresse sehr angestrengt wird, erklärt uns, warum dieses Uebel häufiger in der armen, als in der wohlhabenden Klasse vorkommt.

Auch die senile Atrophie gehört zu den praedisponirenden Momenten des Vorfalles. Im hohen Alter nämlich werden die peritonealen Verbindungen der Gebärmutter, so wie alle Theile des Perineums schlaff, die Gebärmutter und die Scheide schrumpfen in Folge der senilen Atrophie zusammen, die Scheide wird kurz, das Fett- und Zellgewebspolster, besonders um die Scheidenmündung schwindet, und dadurch fehlt der Scheide die Stütze, die zu ihrer Fixirung beiträgt. Es entsteht ein primärer Vorfall der Scheide und dann in Folge der Zerrung ein secundärer Vorfall der Gebärmutter.

Es soll auch eine rasche Abmagerung von fetten Personen, besonders nach schweren mit grosser Entkräftung und Schwäche umhergehenden Krankheiten, wie Typhus und Cholera, die Entstehung des Vorfalles begünstigen.

Ferner ein von oben anhaltend auf die Unterleibsorgane nach dem Beckenboden hin wirkender Druck, z. B. das feste Zusammenschnüren, der freie Ascites u. s. w. können allmählig den Vorfall herbeiführen. Auch die Geschwülste im Becken selbst, besonders die Ovarientumoren, unter Umständen die subperitonealen Fibroide, können denselben zur Folge haben.

Auch die Gebärmutter selbst kann an Schwere zunehmen durch die Fibroide und Polypen, weniger durch den chronischen Infarct, der meistens Folge des Prolapsus und nicht Ursache desselben ist, — so dass sie nicht mehr in ihrer Lage erhalten werden kann und primär vorfällt. Wenn nun noch eine angeborene, oder erworbene Verkürzung der Scheide, oder ein weites, wenig geneigtes Becken hinzukommt, so wird das Entstehen dieses Uebels dadurch ungemein erleichtert.

Es bleibt noch zu erwähnen, dass bei jungen Mädchen die meisten Vorfälle plötzlich entstehen und zwar in Folge der

Masturbation, oder durch Excesse in Venere. Am häufigsten kommt dabei der Vorfall der vorderen Scheidenwand mit Hypertrophie der Schleimhaut und secundärer Faltenbildung vor. Viel seltener beobachten wir in solchen Fällen den Vorfall der hinteren Scheidenwand, weil dieselbe sowohl länger ist, als auch eine grössere Krümmung, als die vordere Scheidenwand, hat. Ich habe nur einmal in der gynäkologischen Klinik bei einem Mädchen, welches noch nie geboren hatte, und bei dem das Frenulum noch ganz erhalten war, den Vorfall der hinteren Scheidenwand mit Hypertrophie der Schleimhaut und secundärer Faltenbildung beobachtet. Sie wollte sich das Uebel durch einen Sturz vom Kohlenwagen zugezogen haben. Bei Mädchen dagegen, welche weder den geschlechtlichen Umgang gehabt, noch der Selbstbefleckung sich ergeben haben, entstehen die primären Vorfälle der Gebärmutter gewöhnlich plötzlich in Folge von starker Körpererschütterung, z. B. beim Springen, Turnen, Reiten u. s. w.

Nach der Entstehung des Vorfalles werden die Nachbarorgane früher oder später in Mitleidenschaft gezogen. Die primär vorgefallene vordere Scheidenwand allein, oder mit dem secundären Vorfall der Gebärmutter, oder auch die primär vorgefallene Gebärmutter mit der secundären Invaginatio vaginae, ziehen zuerst die Harnblase in Mitleidenschaft. Es entstehen in Folge des Vorfalles Harnbeschwerden, die Harnblase kann nicht vollständig entleert werden, weil ein Divertikel sich gebildet; durch das Drängen wird die Scheidenwand weiter vorgedrängt, wodurch die Cystocele vaginalis entsteht. A. Courty äussert sich über diese Blasendivertikelbildung in folgenden Worten: »Le bas-fond de la vessie adhérant au col de la matrice, se trouve nécessairement entraîné dans la descente et forme au-devant de la matrice, dans la partie antérieure de la tumeur, au-dessous du canal de l'urèthre, un diverticulum ou une cavité accessoire de la cavité vésicale, qui se trouve ainsi, dans bien de cas, bilobée, par suite de la présence du fond de l'utérus au niveau du détroit inférieur du bassin.« Auf ähnliche Weise wirkt der Vorfall nachtheilig auf den Mastdarm. Es entstehen Stuhlbeschwerden, Anhäufung der Fäkalmassen im oberen Theile des Rectum und in Folge dessen eine Erweiterung desselben. Der überfüllte Mastdarm wirkt wiederum seinerseits nachtheilig

auf den Vorfall, indem er ihn in Folge seiner Ausdehnung und Schwere immer mehr nach unten herabdrängt; es kann aber auch dabei seine vordere Wand in den Vorfall herabgezerrt werden und es entsteht dadurch die Proctocele vaginalis. Doch wegen der lockeren Verbindung des Mastdarmes mit der Scheide kommt ein solcher Mastdarmdivertikel seltener vor; nur in den Fällen, wo ein bis zu dem Anus fortgesetzter Dammriss entstanden ist, kommt die Proctocele vaginalis fast constant vor.

Eine weitere Complication kann ferner entstehen durch eine bedeutende Verlängerung der Peritonealtaschen; die Excavatio recto-uterina ist bei Frauen, welche oft geboren haben, fast immer nach unten verlängert; auch die Excavatio vesico-uterina kann in manchen Fällen noch tiefer in den Vorfall hineinragen, als der von der hinteren Blasenwand gebildete Divertikel. A. Courty spricht sich so darüber aus: »Dans la précipitation ou chute complète, l'uterus se trouvant hors du bassin, un vide a dû se produire dans la région qu'il occupait, et par conséquent au-dessus de la matrice déplacée se présente un cul-de-sac contenant les trompes, les ovaires et un ou plusieurs anses intestinales; en avant et en arrière de cet organe sont les prolongements de culs-de-sac péritoneaux vésico-utérin et recto-uterin.«

Erwähnenswerth wäre noch eine von dem Uterus selbst stammende Complication; sie ist die aus der Zerrung der Scheide am Collum uteri entspringende Elongation und Hypertrophie des Cervicaltheils. Diese Elongation und Hypertrophie kann in manchen Fällen eine enorme Grösse erreichen. Ende Mai 1869 habe ich bei einer 48 Jahr alten Frau einen primären Vorfall der vorderen Scheidenwand mit einem secundären Vorfall der Gebärmutter und theilweise auch der hinteren Scheidenwand, mit Cysto-cele vaginalis beobachtet, bei der das Collum enorm elongirt, circulär hypertrophirt, dabei die Portio vaginalis carcinomatös entartet war. Die Messung mit der Uterussonde ergab 4 Zoll Länge für den Cervicaltheil und 2 Zoll für die Uterushöhle. Die Hypertrophie war so bedeutend, dass wiederholte Repositionsversuche keinen Erfolg hatten. (Die Abbildungen am Ende der Dissertation.)

Pathologische Anatomie.

Bei der äusseren Besichtigung der Leiche finden wir, wenn der Vorfall vorher nicht reponirt wurde, eine Geschwulst mit einer klaffenden Spalte vor den äusseren Geschlechtstheilen. Wenn aber der Vorfall vorher reponirt wurde, so werden wir nur durch das weite Klaffen der Schamspalte auf die Möglichkeit dieses Uebels aufmerksam gemacht. Dabei finden wir die livid verfärbten Wände der Scheide hervorgewölbt. Nach der Oeffnung der Bauchhöhle finden wir die Beckenhöhle sich trichterförmig in den Vorfall hinein erstrecken und in derselben finden wir die nachgesunkenen Beckeneingeweide. Die Bänder der Gebärmutter sind gespannt und oft sehr verlängert. Die Excavatio vesico-uterina und recto-uterina ragen tief in den Vorfall hinein und in ihnen, besonders aber in der letzten liegen die Dünndarmschlingen. Bei grösseren Vorfällen finden wir den von der hinteren Blasenwand gebildeten Divertikel, Cystocele vaginalis, seltener dagegen die von der vorderen Mastdarmwand gebildete Proctocele vaginalis; wenn sie aber vorhanden ist, so geht sie oft 1—2″ tiefer als die Anusöffnung herab. Entfernt man nun die Geschlechtstheile mit ihren Anhängen aus der Leiche, so findet man eine weite und schlaffe Scheide, die Runzeln und Falten auf ihrer Schleimhaut verstrichen und die nach aussen umgestülpte Partie derselben trocken und mit Pflasterepithel bedeckt, wodurch sie das Aussehen der äusseren Haut erhält. Man gewahrt ferner eine Volumszunahme der Gebärmutter, deren Gewebe die Charaktere einer einfachen Hypertrophie und noch häufiger die Charaktere eines chronischen Infarkts zeigt. Der Cervicaltheil ist in den meisten Fällen verlängert und hypertrophirt, oft hart und derb, selten aufgelockert, meistentheils mit Excoriationen und Geschwüren bedeckt; seine Innenfläche ist oft nach aussen umgestülpt und geht unmittelbar in die Wandungen des Vaginalgewölbes über, wodurch das Klaffen der Muttermundsöffnung, welche oft eine 2″ breite, faltige Spalte bildet, bedingt ist. Bei einem geringeren Grade des Vorfalles ist die Vaginalportion noch zu erkennen und ihr Uebergang in die Wände der Scheide ist kein unmittelbarer. Die Blasenwandungen selbst sind meistens verdickt und hypertrophirt.

Symptome und Verlauf.

Bei einer allmähligen Entwickelung des Vorfalles entwickeln sich auch die Symptome langsam und allmählig. Die einfache Senkung bewirkt in vielen Fällen gar keine, oder nur unbedeutende Beschwerden, deshalb bleibt sie von den meisten Kranken unbeachtet. Im weiteren Verlaufe der Krankheit klagen die Kranken über ein Gefühl von Schwere und Völle im Unterleib, verbunden mit einem Ziehen im Kreuze und in den beiden Inguinalgegenden. Dann kommen bald die Beschwerden bei Harn- und Stuhlentleerung. Die Harnblase kann nicht ganz entleert werden, der Stuhl ist meistens angehalten. Alle diese Beschwerden nehmen während der Menstruationszeit an Intensität zu. Am wohlsten fühlen sich die Kranken in den Morgenstunden, wie überhaupt nach einer längeren Ruhe in der Rückenlage. Nach einem längeren Bestehen dieser Symptome bemerken die Kranken eine kleine Geschwulst zwischen den Schamlippen, welche meistens von der vorderen, bei einem Dammriss aber von der hinteren Scheidenwand gebildet wird. Diese Geschwulst nimmt allmählig an Grösse zu; sie ist anfangs blassrosenroth, nicht sehr schmerzhaft. In der Mitte derselben fühlt man die Gebärmutter und an ihrem unteren Umfange findet man stets den in die Breite gezogenen Muttermund. Die Vaginalportion geht unmittelbar in die umgestülpten und hypertrophirten Scheidenwände über, der Cervicaltheil selbst ist oft nach Aussen umgesülpt, wodurch die Muttermundsspalte eine trichterförmige Oeffnung bildet. Wenn nun noch ein Divertikel von der hinteren Blasenwand gebildet wird, so nehmen die Harnbeschwerden immer zu, die Kranke muss die Geschwulst in die Höhe schieben und in dieser Lage erhalten, um die Harnblase vollständig entleeren zu können. Doch in manchen Fällen kann man nur mittelst eines metallenen, gebogenen, männlichen Katheters den Urin entleeren, und dies ist nur möglich, wenn man denselben mit nach hinten und unten gerichteter Spitze in die Sförmig gebogene Harnröhre einschiebt. In den meisten Fällen ist der Mastdarm nur in seiner oberen Partie etwas erweitert, doch auch die Rectocele vaginalis kommt ja manchmal vor, und dann müssen die Kranken, um die Fäcalmassen aus dem Divertikel zu entleeren,

die Geschwulst nach oben schieben und während der Stuhlentleerung in dieser Lage zu erhalten suchen.

Beim längeren Bestehen dieses Uebels und besonders bei einem hohen Grade des Vorfalles entsteht in Folge der durch Zerrung und Knickung der Gefässe bedingten Blutstase die Anschwellung und Hypertrophie der Gebärmutter, oder, was öfters zu geschehen pflegt, nur des Cervicaltheils. Es entsteht ferner eine vermehrte Secretion und Excretion. In Folge der von aussen wirkenden schädlichen Einflüsse, wie der athmosphärischen Luft, der Friction an den Schenkeln und an den Kleidern und Benetzen mit Urin, verliert die Geschwulst ihre rosenrothe Farbe, sie wird blass, trocken und derb, bedeckt sich mit Pflasterepithel und wird der äusseren Haut ähnlich. Es können bei einem längeren Einwirken dieser Schädlichkeiten Ulcerationen entstehen mit eitriger, oder jauchiger Secretion, die zur brandigen Abstossung eines Theils, oder der ganzen prolabirten Masse führen können, oder es kann auch durch eine Jaucheresorption der tödtliche Ausgang herbeigeführt werden. Auch eine krebsige Entartung des Cervicaltheils habe ich in dem letzterwähnten Falle beobachtet. Die subjectiven Symptome nehmen mit dem weiteren Hervortreten der Gebärmutter an Intensität zu, das Ziehen in den beiden Inguinalgegenden und die Schmerzen im Kreuze werden heftiger, und die nervösen Erscheinungen erreichen eine unerträgliche Höhe. Die Kranken haben nur Erleichterung in einer immerwährend zu beobachtenden Rückenlage. Sie verlieren den Appetit, erbrechen das Genossene, es entstehen dabei cardialgische Schmerzen, Kopfweh, Schwindel, selbst länger dauernde Ohnmachten. Bei einem plötzlich entstandenen Vorfall entwickeln sich alle diese Symptome viel schneller, wie dies z. B. bei der oben erwähnten 48jährigen Frau der Fall gewesen ist. Im Januar 1869 ist sie mit einer Wasserkanne auf das Pflaster gefallen und bald darauf hat sie Kreuzschmerzen und weissen Fluss bekommen. Anfang April hat sie den Vorfall bemerkt. Seit der Zeit leidet sie an Stuhlverstopfung und klagt über Schmerzen im Kreuz und in den Inguinalgegenden. Ende Mai wurde sie in die Klinik aufgenommen und die Untersuchung ergab den oben geschilderten

Befund. Es bleibt noch zu erwähnen, dass bei einem plötzlich entstandenen Vorfalle die durch die plötzliche Zerrung und Zerreissung der Bauchfellduplicaturen verursachte intensive Peritonitis das Leben der Kranken gefährden kann. Aus dem ganzen Bilde dieser Krankheit sehen wir, dass der Verlauf derselben in den meisten Fällen ein chronischer ist und sich durch das ganze spätere Leben hinzieht. Wird diese Krankheit durch eine Radicaloperation nicht beseitigt, so ist es unsere Pflicht wenigstens durch eine palliative Cur dafür zu sorgen, dass die unglücklichen Kranken von ihrem Uebel so wenig wie möglich zu erleiden haben, dass der üble Geruch durch die weissen Ausflüsse, oder durch die eitrigen Ulcerationen veranlasst, beseitigt wird, und dass üble Complicationen das Leben der Kranken nicht in Gefahr setzen. Doch die meisten schlimmen Folgen treten sehr oft nur in Folge schlechter und unzweckmässiger Behandlung auf. Die auf eine ungeschickte Weise eingeführten, oder schlecht construirten Pessarien, welche die Harnblase, oder den Mastdarm, oder auch beide zusammen reizen, können furchtbare Schmerzen bei Stuhl- und Harnentleerung verursachen, ja es sind schon Fälle vorgekommen, wo durch schlechte Pessarien Durchbohrung der Blasenwand, oder der Mastdarmwand, oder beider zugleich herbeigeführt wurde. Bei Vernachlässigung kann ein Pessarium verfaulen und übelriechende Ausflüsse veranlassen; der Mutterhals wird manchmal von dem Pessarium fest eingeschnürt, schwillt an und entzündet sich; es kann auch ein Theil der Scheide in den Kanal eines apfelförmigen Pessarium eingeklemmt und brandig werden u. s. w.

Was die Geschlechtsfunktionen anbetrifft, so werden sie bei einem einfachen Vorfall wenig alterirt; die Menstruation bietet keine Abnormität dar. Ist aber der Vorfall durch die Erkrankung des Uterusparenchyms complicirt, z. B. durch den häufig dabei vorkommenden chronischen Infarct der Gebärmutter, so ist durch diesen nicht eine spärliche Menstruation, Amenorrhoe, wie verschiedene Autoren angeben, sondern profuse Blutungen und Menorrhagien bedingt.

Die Conceptionsfähigkeit ist bei einem Vorfalle durchaus nicht gestört, im Gegentheil könnte man dieselbe wegen des

weiten Klaffens des Muttermundes als gesteigert annehmen, wenn nur etwa die Lageveränderungeu der Tuben und Eierstöcke mit den Texturerkrankungen der Gebärmutter die Conception nicht unmöglich machen. Wenn nun die vorgefallene Gebärmutter schwanger geworden ist, so ist nur ein dreifaches Verhalten möglich:

1. Die Gebärmutter wird in Folge ihrer Umfangszunahme in den oberen Beckenraum emporgehoben und dadurch wird die Lageveränderung der Gebärmutter für die Dauer der Schwangerschaft gehoben. Es wird also eine zeitweilige Heilung erzielt, die in manchen Fällen eine radicale bleiben kann.

2. Die vergrösserte Gebärmutter wird im unteren Beckenraume eingeklemmt (Incarceratio uteri gravidi) und ein Abortus, oder eine Frühgeburt ist eine unausbleibliche Folge.

3. Die vergrösserte Gebärmutter tritt theilweise, oder ganz vor die äusseren Geschlechtstheile und dies geschieht besonders bei Frauen mit weitem und wenig geneigten Becken. In diesem Falle kann gleichfalls Abortus, oder Frühgeburt eintreten, oder es verläuft die Schwangerschaft ungestört in der zwischen den Schenkeln und im unteren Beckenraume liegenden Gebärmutter.

Diagnose.

Die Erkenntniss des Vorfalles macht in den meisten Fällen keine Schwierigkeit, und die Missgriffe können nur durch oberflächliche Untersuchung und durch Unerfahrenheit veranlasst werden. Liegt die Gebärmutter ganz, oder theilweise mit der invaginirten Scheide vor den äusseren Geschlechtstheilen, so genügt ein Augenschein, um dieses Uebel zu erkennen. Wenn sie aber noch innerhalb der Geschlechtstheile liegt und nur zeitweilig vor dieselben zu treten pflegt, so lässt man die Kranke durch willkührliches Herabdrängen den Vorfall zum Behufe der Untersuchung vervollständigen. Beim Nachlasse des Herabdrängens zieht sich die Geschwulst von selbst in die Scheide zurück, oder sie wird nach beendigter Untersuchung reponirt. Viel schwieriger ist die Erkenntniss einer Senkung der Gebärmutter. Um den Grad des Uebels sicher zu bestimmen, muss man die Kranke im Stehen bimanuell untersuchen und zwar per rectum und per vaginam. Ist eine Cystocele

vaginalis vorhanden, so muss der metallene, männliche Katheter mit der Spitze nach hinten und unten eingeführt werden, und wir fühlen dann seine Spitze unten an der vorderen Wand der Geschwulst. Ist die Harnblase voll, so fühlt man an der vorderen Wand der Geschwulst eine Fluctuation, wie ich sie bei unvollständigen Vorfällen der Gebärmutter mit Cystocele vaginalis öfter sehr deutlich gefühlt habe. Um die Proctocele vaginalis diagnosticiren zu können, muss man die Kranke durch das Rectum untersuchen und indem man dabei die Fingerspitze nach vorne und unten umbiegt, gelangt dieselbe in den Divertikel der vorderen Mastdarmwand hinein. Auch durch die Vagina kann man diese Anomalie diagnosticiren, aber nur in den Fällen, wo trotz der erfolgten Stuhlentleerung in dieser erweiterten Partie feste, harte Fäcalmassen zurückbleiben, welche durch die Scheide gefühlt werden können.

Der Vorfall kann verwechselt werden mit einer Elongation und Hypertrophie des Cervicaltheils ohne Senkung des Gebärmuttergrundes. Aber dabei ist die Geschwulst niemals reponibel; bei der inneren Untersuchung dringt der Finger in die Scheide bis zu dem Vaginalgewölbe und findet dieses in seiner normalen Lage, oder wenig gesenkt und umgestülpt; endlich sichert die Combination der äusseren und inneren Untersuchung die Diagnose. Auch kann ein an seinem untersten Theile exulcerirter Gebärmutterpolyp die Gebärmutter mit dem Muttermunde vortäuschen, doch der Mangel der Dislocation der Scheide und des Uterus und in vielen Fällen die Möglichkeit, den Stiel des Polypen zu umgehen, belehrt uns über die Natur des Uebels. Eine Verwechselung des Vorfalles mit einer Inversion der Gebärmutter könnte beinahe unmöglich erscheinen, da bei dem Vorfalle der Muttermund an der unteren Partie der Geschwulst sich befindet, bei der Inversion dagegen umfassen die Orificialränder den Stiel der Geschwulst. Eine Verwechselung mit einem Scheidenbruch wäre ferner noch möglich, da sowohl bei dem Vorfall, als auch bei dem Scheidenbruch, wenn er nicht eingeklemmt ist, die Reposition möglich ist. Doch eine genaue Untersuchung ergibt, dass bei dem Scheidenbruch die Gebärmutter nicht in der geringsten Verbindung mit der Geschwulst steht. Zum Schlusse fügen wir noch hinzu, dass die Combi-

nation der äusseren und der inneren Untersuchung und zwar per rectum und per vaginam, als auch die Anwendung des Katheters und der Uterussonde, die beiläufig gesagt immer wegen der beim Vorfall immer vorhandenen retrovertirten Stellung eine ziemlich gerade Krümmung haben muss, gestatten uns sowohl die verschiedenartigen Complicationen zu erkennen, als auch in zweifelhaften Fällen eine sichere Differentialdiagnose zu stellen.

Prognose.

Was die Heilbarkeit dieses Uebels anbetrifft, ist die Prognose eine schlechte. Bei dem plötzlich entstandenen ist die Aussicht besser, als bei dem allmählig durch die Senkung eingeleiteten Vorfall. Ist eine etwaige Radicaloperation ohne Erfolg geblieben, so bleibt das Uebel für das ganze künftige Leben, und unsere Kunst vermag nichts, als durch eine palliative Behandlung das Uebel den Frauen wenigstens erträglich und unschädlich zu machen. Doch in Bezug auf die Lebensgefährlichkeit ist sowohl bei der Senkung, als auch bei dem unvollständigen und vollständigen Vorfall der Gebärmutter die Prognose günstig zu stellen. Beim Vorfall des schwangeren Uterus ist die Prognose jedoch viel ungünstiger, da die Gefahr theils von der Einklemmung der Gebärmutter in der Beckenhöhle, theils von den während der Geburt sich bildenden tiefen Einrissen des Vaginaltheils ausgehen kann. Auch die schlimmen Complicationen, wie die brandige Abstossung, krebsige Entartung, Jaucheresorption u. s. w. können die Prognose ungünstig machen.

Behandlung.

Der grosse Wirrwarr, welcher in den Angaben der Autoren über die Behandlung des Vorfalles herrscht, beruht auf einer mangelhaften Kenntniss der Aetiologie und Genese dieses Uebels. »Ἀδυνατόν ἐστιν, εὑρεῖν τὴν θεραπείαν, τὴν αἰτίαν μὴ διεγνωκότας!« Γαλῆνος. Wie wir oben gezeigt haben, ist im Puerperium der fruchtbare Boden zur Entstehung dieses höchst lästigen Uebels gegeben. In dieser Zeit soll man auch alle dahin wirkenden Schädlichkeiten zu vermeiden suchen. Man darf also die Placenta nicht auf eine rohe Weise auspressen,

oder durch kräftiges Ziehen an der Nabelschnur sie zu entfernen suchen; sie wird selbst, wenn sie durch eine leichte Compression des Uterus gelöst ist, der sie an der Nabelschnur haltenden Hand folgen. Die bei der Geburt entstandenen Dammrisse sind gleich nach der Entstehung durch blutige Naht zu vereinigen. Die Wöchnerinnen sollen sich schonen, möglichst spät nach der Entbindung aufstehen, keine schwierige Arbeiten, bei welchen besonders die Bauchpresse sehr angestrengt wird, unternehmen u. s w. Der Arzt soll für ihre Stuhl- und Harnentleerung sorgen, bei vorhandener Senkung soll die Entleerung der Faeces in ersten Tagen nach der Geburt nur im Bett in horizontaler Lage auf der Bettschüssel geschehen. Der hartnäckige Husten, wenn er vorhanden ist, soll beseitigt, die zu festen Unterleibsbinden sollen vermieden werden u. s. w.

Da die Vorfälle auch ausserhalb des Puerperiums entstehen, so sind auch hier die disponirenden Ursachen zu vermeiden, wie z. B. das feste Schnüren. Die jungen Damen, welche z. B. am Reiten ihr Gefallen finden, möchten, so wie es die Damen in England, welche sich derartige Annehmlichkeiten erlauben, thun, eine Dammbinde tragen.

Endlich da auch die Excesse in Venere und Onanie dieses Uebel verursachen können, so möchten die Mütter bei der Erziehung ihrer Töchter immer dafür sorgen, dass sie fortwährend thätig seien und nie durch die Lectüre schlechter Romane, oder in schlechter Gesellschaft verdorben, ihre Musse in der Selbstbefriedigung suchen.

Wenn nun aber der Vorfall entstanden ist, so haben wir bei der Behandlung desselben folgende Indicationen zu erfüllen:

1. sowohl bei dem einfachen, als auch bei dem complicirten Vorfalle muss die Geschwulst reponirt und

2. nach der Reposition in der normalen Lage erhalten werden, wodurch die schlimmen Folgen, welche der Vorfall verursacht hat, meistentheils beseitigt werden.

Die Reposition eines einfachen Vorfalles macht in allermeisten Fällen keine Schwierigkeit. Man bedient sich dabei der Taxis, wie bei der Reduction der Hernien. Auch bei einer längere Zeit hindurch bewahrten Rückenlage soll die Reduction eines einfachen Vorfalles spontan eintreten können. Näheres

darüber finden wir in Courty: »Reduction. Elle est facile et souvent spontanée: chez la plupart des malades, le décubitus horizontal suffit pour faire rentrer la tumeur chez un petit nombre d'autres malades, on voit s'ajouter aux dispositions favorables de la position horizontale, l'action naturelle des parois du vagin qui se contractent de bas en haut, remontent l'utérus et le font rentrer dans le bassin. Scanzoni a rendu ce fait évident en projetant de l'eau froide sur un prolapsus ayant environ le volume du poing, qui rentra spontanément dans le bassin.«

Die Reposition eines complicirten Vorfalles macht in manchen Fällen sehr grosse Schwierigkeiten. Wenn z. B. der Vorfall durch Beckentumoren verursacht wurde, oder wenn die vorgefallene Gebärmutter, so wie die darüber liegenden Organe durch chronische Entzündungsprocesse innige Verwachsungen mit der Umgebung eingegangen sind, so ist die Reposition im Ganzen unausführbar. In solchen Fällen muss man wenigstens die vorgefallene Gebärmutter gegen die von aussen einwirkenden Schädlichkeiten zu schützen suchen.

Beim Vorfall der geschwängerten Gebärmutter macht man zuerst nach Entleerung der Harnblase und des Mastdarmes die Repositionsversuche in der Rückenlage anstellen. Sollten aber diese Repositionsversuche misslingen, so lässt man die Kranke die Knieellenbogenlage einnehmen, und man versucht durch einen allmählig verstärkten gleichförmigen Druck die Reposition auszuführen. Sollte auch dieser Versuch ohne Erfolg bleiben, so ist gerathen, die vorgefallene Gebärmutter mittelst eines Tragbeutels, oder eines unterlegten Kissens zu unterstützen.

Auch durch einen chronischen Infarct kann die Gebärmutter so vergrössert werden, dass dadurch die Repositionsversuche erschwert, selbst unmöglich gemacht werden können. Wie wir oben gezeigt haben, ist der chronische Infarct der Gebärmutter gewöhnlich die Folge des Vorfalles; dieser wird bedingt durch den gehinderten Rückfluss des Blutes, oder es kann auch in Folge der Erkrankung des Uterusparenchyms selbst eine so bedeutende Hypertrophie desselben und besonders des Cervicaltheils verursacht werden, dass sie den Vorfall zur Folge haben kann. Wenn nun in einem solchen Falle die Reposition ge-

lingt, und die Gebärmutter in ihrer normalen Lage erhalten wird, so erfolgt die Reduction der hypertrophirten Gebärmutter zu ihrer Normalgrösse manchmal in einer sehr kurzen Zeit. Kiwisch erwähnt, dass ihm die mit der Sonde vorgenommenen Messungen der Uterushöhle manchmal innerhalb 2—4 Tagen nach der Reposition eine Abnahme der Gebärmutter von 2 bis 3 Zoll ergeben haben. Noch stärkere Reduction hat Herr Medizinalrath Spiegelberg gesehen. In Fällen dagegen, wo wegen allzugrosser Hypertrophie die Reposition der Geschwulst unmöglich wurde, kann die Reduction derselben durch Anwendung von Kälte, Ansetzen von Blutegeln an das Os uteri, um die Circulation zu regeln und in Gang zu bringen, Compression mittelst langer Heftpflasterstreifen, oder durch Druck auf die Geschwulst, mittelst der von Lévallé vorgeschlagenen Bandage en doloir u. s. w. herbeigeführt werden. Ker hat in ähnlichen Fällen Mutterkorn mit Erfolg angewandt. Bei einem wegen Intumescenz irreponiblen Vorfall gab er 4 Dosen von 1,25 Mutterkorn in dreistündlichen Intervallen, worauf wehenartige Schmerzen in dem Vorfalle eintraten, und der Uterus sich so verkleinerte, dass die Reposition gelang.

Um nun die Gebärmutter nach der Reposition in ihrer normalen Lage zu erhalten, hat man verschiedene operative Eingriffe vorgeschlagen. Braun z. B. will nach Hugier's Vorschlag den Gebärmuttervorfall durch die Amputation der Vaginalportion heilen. Dies ist nur in denjenigen Fällen möglich, wo der Vorfall secundär in Folge der primären Hypertrophie und Elongation der Vaginalportion entstanden ist. Durch die Entfernung der Ursache des Vorfalles, nämlich durch die Amputation der hypertrophirten Vaginalportion kann eine Radicalheilung herbeigeführt werden. Man soll auch aus diesem Grunde in allen solchen Fällen diese Operation unternehmen, denn nur von dieser ist ein günstiger Erfolg zu erwarten. In allen Fällen dagegen, wo die Hypertrophie des Cervicaltheils ein secundäres Leiden ist, welches durch den primär entstandenen Vorfall verursacht wird, ist natürlich von dieser Operation keine Heilung des Vorfalles zu erwarten, höchstens könnte man durch dieselbe so viel erreichen, dass nach der Reposition das Einlegen eines Pessarium möglich wäre, welches bei einem be-

deutend verlängerten Cervicaltheile nicht vertragen wurde. Die Operation ist unter solchen Umständen höchst gefährlich, denn man kann dabei die Harnblase, wenn ein Blasendivertikel vorhanden, oder die Bauchfelltaschen, wenn sie tief in den Vorfall herabgestiegen, oder auch die vordere Mastdarmwand, wenn eine Proctocele vaginalis vorhanden sein sollte, öffnen. Ausserdem können in manchen Fällen die Arteriae hypogastricae uterinae eine so bedeutende Blutung veranlassen, dass die Kranken an Verblutung zu Grunde gehen können. Wenn man sich auch zur Abtragung des Collum uteri der Ligatur mit dem Constricteur von M. Maisonneuve, oder des von Chassaignac angegebenen Ecrasement linéaire bedient, ist man allen diesen Gefahren ausgesetzt. Es werden zwar sowohl mit der Ligatur, als auch bei der lineären Zermalmung mit dem Écraseur die festen Theile sehr leicht gequetscht, doch die Trennung der Schleimhaut erleidet sehr grosse Schwierigkeiten. Sie wird aus diesem Grunde in die Kette hineingezogen und mit ihr die umgebenden Theile, wie Harnblase, oder die Bauchfelltaschen, deren Durchquetschung und Oeffnung leicht möglich wäre. Man hat zwar das Durchstechen der Nadeln an der Ansatzstelle der Scheide vorgeschlagen, unterhalb welchen man erst den Écraseur, oder den Constricteur de M. Maisonneuve ansetzen soll. Das Durchstechen ist zwar bei einem vor den äusseren Geschlechtstheilen liegenden, hypertrophirten Cervicaltheil möglich, jedoch nicht, wenn derselbe sich noch innerhalb der Scheide befindet; denn um das Durchstechen der Nadeln in situ auszuführen, und nur in situ dürfen sie durchgestochen werden, hat man keinen Platz in der Scheide (Herr Medizinal-Rath Spiegelberg). Die Operation mit dem Messer, oder mit der Scheere zu unternehmen, ist wegen der unter Umständen furchtbaren Blutung aus den ectatischen Gefässen des Collum uteri sehr gefährlich. Doch alle erwähnten Gefahren, die bei dieser Operation entstehen können, sind seit Middeldorpf, der die Galvanokaustik in die Praxis eingeführt und durch die Erfindung zweckmässiger Instrumente dieselbe zu einer allgemein anwendbaren Operationsmethode gemacht hat, beseitigt worden. Nachdem man die etwa vorhandenen Complicationen durch eine genaue Untersuchung richtig erkannt hat, legt man die

galvanokaustische Schneideschlinge an und lässt anfangs bei der Trennung der Schleimhaut die Glühhitze kräftiger wirken, worauf sich die Schleimhaut, sobald sie getrennt ist, gleich zurückzieht. Die Schneideschlinge quetscht und schneidet zugleich, und die Glühhitze wirkt dabei zugleich als ein blutstillendes Mittel. Sollte die Blutung sehr bedeutend sein, so beendigt man schnell die Operation, reponirt die Geschwulst und man macht sofort die Tamponade der Scheide, um die Coagulation des Blutes in den ectatischen Gefässen zu bewirken. Doch die Tamponade muss so fest gemacht werden, dass kein Blut neben den Tampons vorbeifliessen kann. Herr Medizinalrath Spiegelberg hat einen Fall beobachtet, wo eine Frau am dritten Tage nach der Amputation des Collum uteri sich fast verblutet hat und an nachfolgender Parametritis gestorben ist. Ich habe zwei solche Operationen in der Breslauer Klinik vom Herrn Medizinalrath Spiegelberg anf diese Weise ausgeführt gesehen. Der erste Fall betraf eine alte Frau, welche in acht Tagen nach der Operation, nachdem der Brandschorf sich beinahe ohne irgend eine Reaction abgestossen hat, mit einem Meyerschen Ring aus der Klinik entlassen wurde. Leider hat sich diese Frau nicht mehr in der Klinik gezeigt. — Der zweite Fall betraf die Frau, deren wir schon oben Erwähnung gethan haben und von deren Vorfall wir am Ende dieser Dissertation eine Abbildung hinzufügen. Die Operation ist hier etwas complicirter gewesen. Die circuläre Hypertrophie und die carcinomatöse Entartung betraf in diesem Falle nur den untersten Theil des Cervicaltheils, und die vorhandene Cysto-cele vaginalis erstreckte sich bis an den untersten Rand der Geschwulst. Aus diesem Grunde wurde der unterste Theil der hinteren Blasenwand zuerst mit dem galvanokaustischen Messer von der Geschwulst abpräparirt, und erst dann die galvanokaustische Schneideschlinge angelegt. Die Patientin liegt noch in der gynäkologischen Abtheilung und ihr Befinden ist im Ganzen befriedigend. Der Brandschorf hat sich abgestossen und der Vorfall nach und nach sich zurückgezogen.

Bei einem primären Vorfall der hinteren Scheidenwand, wenn derselbe in Folge eines Dammrisses entstanden ist, kann die Perinaeoplastik eine Radicalheilung zur Folge haben.

Wenn aber der primäre Vorfall der hinteren Scheidenwand, in Folge der Hypertrophie der Schleimhaut mit secundärer Faltenbildung entstanden ist, so ist in solchem Falle die Excision der Schleimhaut (Elythrorrhaphie) der hinteren Scheidenwand indicirt. Herr Medizinalrath Spiegelberg hat bei dem oben erwähnten Mädchen 2 elliptische Stücke in 1 Ctm. Breite längs der ganzen hinteren Scheidenwand lospraeparirt und hierauf die Wundflächen auf einander genäht.

Bei einem Vorfall der vorderen Scheidenwand allein, oder mit einem secundären Vorfall der Gebärmutter ist die Excision der Schleimhaut der vorderen Scheidenwand indicirt. Diese Operation ist sehr vorsichtig auszuführen, um die Harnblase nicht zu verletzen; denn man könnte dadurch der Kranken zu ihrem früheren Leiden noch die hartnäckigen Beschwerden einer Blasenscheidenfistel hinzufügen. Auch die Submucosa muss bei diesem Lospräpariren der Schleimhaut sehr geschont werden, da durch ihre Abtragung eine Mortification der Blasenschleimhaut entstehen könnte. Diese Operation, die in der Knieellenbogenlage ausgeführt wird, ist gefährlich und man hat dabei nie die Sicherheit, dass die gebildeten Wundlippen miteinander verwachsen werden.

Marion Sims excidirt einen halbmondförmigen Streifen der Schleimhaut vor der Portio vaginalis und einen ähnlichen, entsprechend laufenden vor der Urethra.

Velpeau entfernte neben den seitlichen Excisionen noch einen breiten Lappen aus dem vorderen Theile der Scheide.

Leloutre bildet 4 Lappen, oder macht seitliche und hintere Längsschnitte in die Scheide, von der Schamspalte bis zum Muttermunde mit folgender Cauterisation.

Jobert de Lamballe bewirkte den Substanzverlust durch Aetzen mit arg. nitr. und vereinigte nach Abfall des Schorfes die Ränder durch Knopfnaht.

Zum Aetzen der Scheide, um die Verengerung derselben zu bewirken, bediente man sich ausser dem Höllenstein der rauchenden Salpetersäure, welche auf einem Pinsel auf die zwischen den Blättern eines mehrblättrigen Speculum hervorragenden Schleimhautpartien aufgetragen wurde. Die Scheide soll dabei in Folge

der Eiterung in ihrer ganzen Dicke eine jungfräuliche Enge erreichen.

Dieffenbach wendete das Glüheisen an.

Von Degranges wurde das Pincemet vaginae vermöge der Scheidenzängelchen, pinces vaginales, vorgeschlagen. Das Resultat dieses Verfahrens ist das jahrelange Quälen der Kranken ohne irgend einen Erfolg. Nach Franque soll diese Behandlung ausser Scheiden- und Bauchfellentzündung noch Mastdarm- und Blasenfisteln verursachen können.

Endlich wäre noch zu erwähnen, dass Chipendale durch eine in Folge der absichtlichen Berührung mit gonorrhoischen Stoffen bewirkte vaginitis und Fluor albus die Verengerung der Scheide herbeiführen wollte.

Wenn nun nach der Reposition des Vorfalles die Gebärmutter durch irgendeinen operativen Eingriff in ihrer normalen Lage zu erhalten gelungen ist, so verschwinden auch alle secundären Complicationen, welche der Vorfall verursacht hat, von selbst. Ist aber der operative Versuch gar nicht unternommen worden, oder ohne Erfolg geblieben, so müssen wir, um die Gebärmutter den äusseren Schädlichkeiten nicht mehr auszusetzen und, um den schlimmen Folgen eines Vorfalles vorzubeugen, die Gebärmutter auf irgend eine mechanische Weise in ihrer normalen Lage zu erhalten suchen. Zu diesem Zwecke ist eine ganze Reihe von Pessarien und Hysterophoren erfunden worden, die wir hier nicht aufzählen wollen, weil sie mehr einen historischen, als einen praktischen Werth haben. Der einzige Meyer'sche Ring ist noch für die Kranken der erträglichste und aus diesem Grunde auch anwendbar; er ist elastisch und biegsam und leicht einzuführen. Derselbe wird von dem Damme und dem Beckenboden gehalten, besonders die kräftigen Contractionen des Musculus levator ani tragen viel zu seiner Fixirung bei. Er liegt in der Scheide von oben und hinten nach vorne und unten gerichtet; dadurch wird auch die vordere Scheidenwand auf seinem vorderen Bügel gehalten. Doch der Meyer'sche Ring darf nicht zu gross sein, denn er würde die Harnblase und den Mastdarm reizen und Harn- und Stuhlbeschwerden verursachen; aber auch nicht zu klein, denn

er würde leicht herausfallen können. Trotzdem, dass der Meyer'sche Ring noch die geringsten Beschwerden macht, können ihn doch manche Kranke längere Zeit hindurch nicht ertragen. In solchen Fällen lässt man täglich einen mit Glycerin getränkten Wattetampon in die Scheide führen und durch eine Dammbinde halten. Wenn aber auch dies den Kranken lästig sein sollte, so lässt man sie nur die Dammbinde allein tragen.

Lebenslauf.

Der Verfasser, Sohn des verstorbenen Dr. Ludwig v. Gąsiorowski und Veridianna geb. v. Żychlińska, katholischer Religion, geboren zu Posen am 19. Februar 1844, besuchte das dortige Gymnasium ad St. Mariam Magdalenam und darauf das kath. Gymnasium in Glogau, das er Ostern 1865 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Im October desselben Jahres bei der medizinischen Facultät der Universität Breslau immatriculirt, hörte er während des Quadrienniums die Vorlesungen und nahm an den practisch-medizinischen Uebungen Theil bei folgenden Herren Professoren und Privatdozenten: Barkow, F. Cohn, H. Cohn, Fischer, Förster, Grosser, Haeser, Heidenhain, Lebert, Lewald, Loewig, Marbach, Middeldorpf, Spiegelberg, Waldeyer, Wyss. Allen diesen Herren spricht Verfasser seinen innigsten Dank und Verehrung aus.

Thesen.

1) Die Ursache des weissen Flusses ist in den allermeisten Fällen in der Hypersecretion der Schleimhaut des Uterus, besonders in der des Cervicaltheils zu suchen, nicht aber in der Hypersecretion der Scheidenschleimhaut.
2) Nur auf dem operativen Wege ist die Radical-Heilung der Uterus-Fibroide möglich.
3) Thierische Gifte schliessen sich niemals im Organismus aus.